

بررسی آمادگی مراکز توانبخشی استان زنجان در برابر حوادث غیر مترقبه در سال ۱۳۸۸

قاسم موسوی*، اصغر مکارم**، حمیدرضا خانکه***، مسعود کریملو****

*نویسنده مسئول: کارشناس ارشد مدیریت توانبخشی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی تهران، ایران

E-mail: mousavigh2005@gmail.com

** متخصص گوش و حلق و بینی، استادیار دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی تهران، ایران

*** دکترای پرستاری، استادیار دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی تهران، ایران

**** دکترای آمار زیستی، استادیار دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی تهران، ایران

وصول مقاله: ۸۸/۱۱/۰۱

پذیرش نهایی مقاله: ۸۸/۱۱/۲۸

چکیده

مقدمه: مطالعات نشان می‌دهد، در هنگام بروز حوادث و پس از آن، اکثر مراکز ارائه خدمات سلامتی، صدمات زیادی متقبل شده‌اند که در صورت آمادگی می‌توانند، موثر واقع شوند. در این پژوهش، میزان آمادگی مراکز توانبخشی استان زنجان در برابر حوادث غیرمترقبه در سال ۱۳۸۸ مورد بررسی قرار می‌گیرد.

روش‌ها: در مطالعه توصیفی- تحلیلی حاضر ۱۶ مرکز توانبخشی استان زنجان، به‌صورت تمام شماری، با استفاده از یک چک لیست محقق ساخته از نظر آمادگی در برابر حوادث، بررسی شدند. این چک لیست شامل اطلاعات دموگرافیک، ساختار مدیریت بحران، برنامه ریزی، آموزش و هماهنگی در مراکز درمانی بود. داده‌های به دست آمده با استفاده از نرم افزار «SPSS» تجزیه و تحلیل شد.

یافته‌ها: هیچ یک از مراکز توانبخشی استان زنجان در مورد ساختار مدیریت بحران، اقدامی انجام نداده بودند. مراکز توانبخشی استان زنجان در رابطه با برنامه‌ریزی و آمادگی در برابر حوادث و سوانح غیر مترقبه در وضعیت ضعیفی قرار داشتند. در بخش هماهنگی درون و برون سازمانی، دو مرکز توانبخشی در وضعیت خوب و سه مرکز در وضعیت متوسط بودند، در حالیکه ۱۱ مرکز دیگر در این قسمت ضعیف بودند.

نتیجه‌گیری: یافته‌های حاصل از پژوهش نشان داد که میزان آمادگی در برابر حوادث و سوانح غیر مترقبه در مراکز توانبخشی استان زنجان، پایین می‌باشد که این امر توجه جدی به وجود قوانین الزام‌آور معطوف به مدیریت بحران در آیین‌نامه‌های تاسیس مراکز و آشنایی مدیران این مراکز را از برنامه‌های آماده‌سازی و مدیریت بحران را طلب می‌کند.

کلمات کلیدی: حوادث غیرمترقبه، مدیریت بحران، آمادگی، مراکز توانبخشی

مقدمه

آمادگی یکی از مراحل اصلی چرخه مدیریت بحران می باشد و جوامعی که آمادگی کافی برای روبه رویی با حوادث کوچک و بزرگ را داشته باشند، ضمن برخورد مناسب با این حوادث، ظرفیت بسیار خوبی برای مرحله بازسازی و بازگشت به حالت اولیه را دارا هستند. آمادگی مجموعه اقداماتی است که توانایی جامعه، دولت و مردم را در انجام مراحل مختلف مدیریت بحران افزایش می دهد. آمادگی شامل جمع آوری اطلاعات، پژوهش، برنامه ریزی، ایجاد ساختارهای مدیریتی، آموزش، تأمین منابع، تمرین و مانور است (۱-۴).

خدمات سلامتی در سوانح طبیعی عامل اصلی بقاء انسان ها می باشد، بلایا همیشه تاثیر چشمگیری بر بهداشت سلامت عمومی و رفاه خانواده آسیب دیده برجای می گذارد. در سال های قبل تصور می شد که عملکرد حوزه سلامت فقط محدود به دوره بعد از وقوع سوانح است؛ اما با توجه به اینکه وزارت بهداشت و سازمان های دولتی و غیر دولتی درگیر خدمات سلامتی در مرحله بعد از وقوع، ناهماهنگی های زیادی داشته اند، بنابراین کار بر روی کسب آمادگی قبل از وقوع سوانح در حوزه سلامت مطرح شد تا بتوانند خدمات بهتری ارائه دهد.

مطالعات نشان می دهد، در حوادث مراکز ارائه خدمات سلامتی صدمات زیادی متقبل شده اند. در یکی از بیانیه های رسمی سازمان جهانی بهداشت، دلیل انتخاب شعار سلامت در حوادث و سوانح، برای روز جهانی بهداشت در سال ۲۰۰۹، آسیب پذیری بیش از حد بیمارستان ها و سایر مراکز وابسته به سلامت عمومی جامعه در حوادث ذکر شده است (۵).

مراکز بهداشتی، درمانی و توانبخشی از جمله سازمان هایی هستند که نیازمند به وجود یک برنامه دقیق مدیریت بحران است، حتی می توان گفت که

وجود آمادگی در مراکز بهداشتی، درمانی و توانبخشی در مقایسه با سایر سازمان ها و مراکز از اهمیت بالاتری برخوردار می باشد، چرا که مراجعان و خدمت گیرندگان این مراکز، انسان های نیازمند و دارای اختلالات جسمی و روانی می باشند و در صورت بروز یک حادثه به علت شرایط خاص، بیش از سایر گروه ها در معرض آسیب قرار دارند، و در نتیجه خسارت وارده در مراکز که از آمادگی کافی برخوردار نباشند می تواند، دامنه گسترده تری داشته باشد.

سازمان بهزیستی کشور با در اختیار داشتن قریب به هزار مرکز توانبخشی اعم از روزانه، شبانه روزی، سالمندان، بیماران روانی و مراکز نگهداری کودکان بی سرپرست و با تحت پوشش قراردادن نزدیک به پنجاه هزار نفر در این مراکز یکی از جوامع با ارزیابی بالای خطرپذیری در موضوع حوادث و سوانح می باشد (۶). تمامی این افراد حداقل در یکی از جنبه های جسمی و روانی دارای محدودیت می باشند. با توجه به شرایط خاص جسمانی و روانی معلولین و سالمندان، نمی توان از آنها انتظار داشت که همانند سایر افراد جامعه در مواقع بروز حوادث از آموزش های عمومی ارائه شده بهره گیرند و یا به سرعت و با دقت خود را از خطر آسیب دیدگی، محفوظ دارند. افراد مقیم مراکز توانبخشی، در هنگام بروز حوادث و سوانح پیش بینی نشده مخصوصاً کسانی که دارای محدودیت های شدید حرکتی و ذهنی هستند، تنها به وجود برنامه ریزی های موثر و آموزش کارکنان امیدوار می باشند، بدیهی است تنها در صورت ایجاد آمادگی مطلوب در بخش های انسانی، تجهیزاتی، ساختمانی و مدیریتی مراکز توانبخشی می توان از وارد آمدن خسارت جسمانی و مالی گسترده اجتناب نمود. حتی می توان گفت که در صورت آماده بودن، این مراکز می توانند در مواقع بحرانی جایگزین سایر مراکز

درمانی و توانبخشی باشند که به دلیل بروز حادثه، یا با افزایش پذیرش مواجه شده‌اند و یا مجبور به تخلیه اضطراری بیماران و مددجویان خود گردیده‌اند. معمولاً ساکنان مراکز نگهداری، خیلی ضعیف هستند و نسبت به اختلال در ارائه خدمات درمانی مداوم، بسیار آسیب پذیرند، بنابراین فقدان حمایت در طول بلایا، ساکنین مراکز را در خطری قرار می‌دهد که نسبت به خود حادثه، ثانویه به شمار می‌آید. اغلب اوقات این خطر از طریق برنامه ریزی موثر آمادگی، قابل پیشگیری می‌باشد (۷).

بررسی‌های انجام شده در خصوص ارائه خدمات سلامتی در بلایا در ایران معرف عدم هماهنگی در تامین و ارائه خدمات بهداشتی درمانی است. (۳) سیستم‌های بهداشتی و درمانی به خصوص بیمارستان‌ها برای کنترل موثر یک بحران بزرگ یا اورژانس بهداشت عمومی از لحاظ آمادگی تجهیزات در سطح پایینی قرار دارند. با توجه به سابقه بسیار طولانی بیمارستان‌ها در نظام سلامت کشور ایران نسبت به مراکز توانبخشی و همچنین رجحان بیمارستان‌ها بر این مراکز از نظر برنامه ریزی، سازماندهی، نیروی انسانی و رهبری چنین به نظر می‌رسد که وضعیت آمادگی حوادث در مراکز توانبخشی وخیم تر باشد، که در صورت تأیید علمی این وضع، بروز یک فاجعه انسانی به دنبال وقوع احتمالی یکی از انواع حوادث و سوانح غیر مترقبه مثل زلزله، دور از انتظار نخواهد بود.

مطالعات انجام شده، در مورد آمادگی در مراکز نگهداری، کم می‌باشد. مطالعات موجود، اغلب توصیفی بوده و بر اساس نمونه‌های یک منطقه انجام شده‌اند و یا مطالعات موردی روی مراکز می‌باشند. بیشتر مطالعات بر روی پاسخ به حوادث بزرگ که در دهه قبل اتفاق افتاده صورت گرفته است (۷). در رابطه با بررسی سطح آمادگی مراکز بهداشتی و درمانی مطالعات پراکنده‌ای در داخل کشور انجام گردیده که تقریباً موضوع تمامی آنها بیمارستان بوده است.

تاکنون هیچ تحقیقی علمی برای تعیین میزان آمادگی مراکز توانبخشی صورت نگرفته که به این سبب این موضوع بدیع و مهم برای پژوهش انتخاب شده است.

روش‌ها

در این مطالعه مقطعی تمامی ۱۶ مرکز توانبخشی روزانه و نگهداری مستقر و فعال در استان زنجان در سال ۱۳۸۸ بررسی شدند. برای جمع آوری اطلاعات، از یک چک لیست محقق ساخته بر گرفته از نسخه اصلی برنامه آماده سازی در برابر حوادث HICS، الگویی برای مراکز نگهداری طولانی مدت WHO و تئوری مبتنی بر مدل هماهنگی استفاده گردید (۸).

چک لیست مورد استفاده در این پژوهش شامل ۱۵ آیتم اطلاعات دموگرافیک، هشت آیتم بخش ساختار مدیریت بحران، ۲۴ آیتم بخش برنامه‌ریزی، هفت آیتم بخش آموزش و پنج آیتم بخش هماهنگی بود. در انتهای چک لیست دو سوال به عنوان اطلاعات زمینه‌ای نیز آورده شده بود. چک لیست توسط خود محقق طی بازدید از مراکز و کسب اطلاعات مستند، تکمیل گردید و جهت کسب روائی تحقیق، در اختیار ۸ نفر از اساتید دانشگاهی، کارشناسان امداد و نجات و منتخبان مدیریت بحران قرار داده شد. پس از انجام تغییرات و اصلاحات پیشنهادی، روائی ابزار مذکور تایید گردید. با توجه به اینکه ابزار گردآوری اطلاعات در این پژوهش، چک لیست وضعیت آمادگی در برابر حوادث در مراکز توانبخشی بود، تکمیل آن در دو مرحله نتایج کاملاً یکسانی می‌داد، چرا که واضح بود مراکز فوق، در عرض یک فاصله زمانی کوتاه، تغییر قابل مشاهده‌ای نمی‌توانستند داشته باشند.

برای تکمیل چک لیست‌ها، محقق خودش در مراکز حاضر شد و از طریق مصاحبه و مشاهده اقدام به این کار نمود. در مواردی که نیاز به ارائه مستندات بود، محقق تنها در صورت رویت مستندات مربوطه، پاسخ مثبت را در نظر می‌گرفت.

پس از تکمیل پرسشنامه‌ها، داده‌ها، وارد نرم افزار

SPSS شد و به منظور تجزیه و تحلیل و متناسب با اهداف و سؤالات پژوهش، از مفاهیم آمار توصیفی و تحلیلی استفاده گردید. متغیر اصلی این پژوهش آمادگی در برابر حوادث غیرمترقبه می باشد که به سه مؤلفه تفکیک شده است؛ ساختار، برنامه آمادگی و هماهنگی.

یافته‌ها

وضعیت ساختار مدیریت بحران در مراکز توانبخشی استان زنجان نشان داد، هیچ یک از مراکز توانبخشی استان زنجان در مورد ساختار مدیریت بحران، اقدامی انجام نداده اند و تمامی مراکز در این قسمت، فاقد امتیاز بودند. وضعیت برنامه آمادگی مراکز توانبخشی استان زنجان، نشان می‌دهد، هیچ مرکزی نتوانسته است ۵۰ درصد مجموع امتیاز این بخش (۳۳) را کسب نماید. در نتیجه مراکز توانبخشی استان زنجان در این قسمت نیز، وضعیت مطلوبی ندارند.

در جهت بررسی وضعیت هماهنگی درون و برون‌سازمانی مراکز توانبخشی استان زنجان، برخی مراکز نتوانسته‌اند امتیاز بالایی کسب کنند. در این قسمت براساس جدول فوق، مراکز شماره ۶ و ۷ از هماهنگی خوبی برخوردار هستند و مراکز شماره ۲، ۸ و ۶ نیز دارای هماهنگی نسبی می باشند ولی ۱۱ مرکز دیگر، به این بخش نیز توجه کافی نداشته و اقدامات خاصی انجام نداده‌اند. این بدین معنی است که

اکثریت مراکز توانبخشی استان زنجان در بخش هماهنگی، در وضعیت پایینی قرار دارند.

وضعیت آمادگی مراکز توانبخشی استان زنجان در برابر حوادث غیر مترقبه (هدف کلی مطالعه)، هیچ کدام از مراکز نتوانسته‌اند ۵۰ درصد مجموع امتیاز این بخش (۴۶) را کسب نمایند و این حالت، نشان دهنده پایین بودن آمادگی مراکز توانبخشی استان زنجان در برابر حوادث غیر مترقبه می باشد.

جدول شماره ۱ نشان می‌دهد که بین متغیرهای سابقه فعالیت، تعداد پرسنل، تعداد مددجو، فاصله از مراکز درمانی و مساحت ساختمان، با متغیر آمادگی کل در مراکز توانبخشی همبستگی معنادار وجود دارد ($P < 0.05$)، اما بین متغیر قدمت ساختمان با متغیر آمادگی کل در مراکز توانبخشی همبستگی معنادار مشاهده نگردید ($P = 0.143$).

بر اساس یافته‌های این پژوهش مشخص شد که بین متغیر آمادگی کل و متغیرهای تخلیه اضطراری، آموزش کمک‌های اولیه به پرسنل، اسکان اضطراری، آمادگی غیرسازهای، هماهنگی درون و برون سازمانی و اجرای مانور، به ترتیب بالاترین همبستگی وجود دارد ($P < 0.05$) و بین متغیر آمادگی کل و متغیرهای تغذیه اضطراری و ارائه خدمات روزمره در بحران همبستگی معنا دار وجود نداشت ($P > 0.05$)

جدول ۱- بررسی همبستگی بین متغیرهای سابقه فعالیت، تعداد پرسنل، تعداد مددجو، فاصله از مراکز درمانی، قدمت ساختمان و مساحت ساختمان با متغیر آمادگی کل

متغیر	آمادگی کل	
	ضریب همبستگی	مقدار احتمال
سابقه فعالیت	۰/۶۳	۰/۰۰۹
تعداد پرسنل	۰/۷۹	<۰/۰۰۱
تعداد مددجو	۰/۶۴	۰/۰۰۸
فاصله از مراکز درمانی	۰/۵۷	۰/۰۲۲
قدمت ساختمان	۰/۳۸	۰/۱۴۳
مساحت ساختمان	۰/۶۴	۰/۰۰۲

بحث

براساس یافته‌های پژوهش حاضر، در ۳/۵۶ درصد مراکز توانبخشی برنامه‌ای نسبی برای تخلیه اضطراری وجود داشت، که این یافته با مطالعه کواری و همکاران (۱۳۸۵) که بیان نمودند در ۷/۶۶ درصد بیمارستان‌ها دستورالعمل، جهت تخلیه بیماران هنگام بحران وجود دارد و در ۵۰ درصد بیمارستان‌های جامعه پژوهش (شیراز)، کارکنان پرستاری آموزشهای لازم را برای تخلیه سریع بیماران به هنگام بحران و شرایط اضطراری دیده‌اند (۹) مطابقت دارد.

طبق پژوهش حاضر در ۵/۹۳ درصد مراکز، سیستم هشدار و اعلام خطر وجود نداشت که این یافته تقریباً با یافته کواری و همکاران (۱۳۸۵) در بیمارستان‌های شیراز هم سو است. در مطالعه ایشان ۸/۷۷ درصد بیمارستان‌ها، سیستم اعلام حریق خودکار نداشتند (۹).

براساس یافته‌های پژوهش حاضر، در ۳/۵۶ درصد مراکز توانبخشی در زمینه وضعیت تغذیه در بحران، کارهای مقدماتی انجام گرفته بود؛ در حالیکه در مطالعه کواری و همکاران در ۹/۸۳ درصد بیمارستان‌ها، برآوردی از نیازهای اولیه مانند دارو و تجهیزات و مواد غذایی شده بود (۹) این اختلاف می‌تواند ناشی از این باشد که ۵/۶۲ درصد مراکز توانبخشی مورد مطالعه بطور روزانه فعالیت می‌کنند، و هیچ امکاناتی برای تغذیه مددجویان خود برای شبانه روز در اختیار ندارند.

در این پژوهش مشخص گردید که اکثریت مراکز توانبخشی، در زمینه ارائه خدمات روزمره در زمان حوادث، ضعیف هستند، این یافته با یافته مطالعه ملکی و همکاران در خصوص بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی ایران مطابقت دارد؛ در این پژوهش هیچ یک از بیمارستان‌های مورد مطالعه در زمینه تامین مواد و ملزومات، برنامه جامعی تدوین نکرده بودند و از آمادگی لازم برخوردار نبودند (۱۰).

براساس یافته‌های این پژوهش، ۸/۶۸ درصد مراکز توانبخشی هیچ برنامه آموزشی کمک‌های اولیه و مدیریت بحران برای پرسنل خود برگزار ننموده‌اند، در حالیکه در مطالعات مشابه که در بیمارستان‌های کشور صورت گرفته است، مانند پژوهش کواری و همکاران آمده است که در ۸/۷۷ درصد بیمارستان‌ها، کلاس‌های آموزشی جهت آشنایی کارکنان با اقدامات اضطراری در زمان بحران تشکیل شده است (۹) و مطالعه زابلی و همکاران وضعیت آموزشی کارکنان بیمارستان‌های تهران را در حد متوسط ارزیابی می‌کند (۱۱). تفاوت در یافته‌های مطالعات فوق با پژوهش حاضر بیانگر این واقعیت است که در مراکز توانبخشی نسبت به آموزش پرسنل درباره مسائل امدادی، کم توجهی صورت گرفته است و بایستی برای آشنایی کامل کارکنان مراکز، این کلاسها برگزار گردد.

پژوهش حاضر مشخص کرده است که هیچ یک از مراکز توانبخشی، در زمینه ساختار مدیریت بحران و تشکیل کمیته های بحران، اقدامی انجام نداده‌اند. در حالیکه طبق مطالعه کواری و همکاران (۱۳۸۵) در ۴/۴۴ درصد بیمارستان‌ها، مدیر بحران وجود داشت و در ۱/۱۱ درصد بیمارستان‌ها، کمیته ایمنی تشکیل شده بود (۹). همچنین در پژوهش زابلی و همکاران (۱۳۸۷) مشخص شد که عملکرد کمیته بحران در بیمارستان‌ها در حد متوسط می باشد (۱۱). این اختلاف، عدم توجه سازمان های متولی امر و مدیران مراکز را در مورد ضرورت تشکیل کمیته های بحران نشان می دهد.

براساس یافته‌های این پژوهش، اکثریت مراکز توانبخشی از ضعف شدید هماهنگی درون و برون بخشی رنج می‌برند، که این یافته دقیقاً هم سو با یافته مطالعه خانکه و همکاران (۱۳۸۴) می‌باشد، براساس نتیجه‌گیری مطالعه ایشان بزرگترین مانع برای ارائه خدمات سلامتی در زمان وقوع بلایا، عدم هماهنگی است (۱۲).

معدودی، هیچ برنامه آماده سازی در برابر حوادث وجود ندارد و تنها وجود کپسول های اطفاء حریق آن هم به طور محدود، در مراکز الزامی شده است.

با استناد به نتایج این پژوهش، مراکز توانبخشی استان زنجان، به طور کلی، در برابر حوادث غیر مترقبه از آمادگی کافی برخوردار نیستند که پیشنهاد می گردد که قوانین الزام آوری در حوزه مدیریت بحران در آیین نامه های تاسیس مراکز گنجانده شود و آموزش های لازم به مدیران و کارکنان مراکز در خصوص برنامه های آماده سازی در برابر بحران داده شود.

فهرست منابع

1. Amy M, Vinette Langford RN, Roger J L. Assessing Hospital Disaster Preparedness: comparison of an on-site Survey, Directly observed Drill performance, and Video Analysis of Teamwork; Annals Of Emergency Medicine; 2007;7(2):123-54.
2. American Red Cross, Disaster Services; Disaster Preparedness for people With Disabilities, 2006:45.
3. Khankeh H et al, Status of health services in natural disasters: a qualitative study, Nursing Quarterly of Iran. 2008;51:78.
4. Cabinet decree; the rescue & relief comprehensive plan, 6 April 2003:45.
5. www.who.int, 2006.
6. Akbari M, Study the effect of earthquake rescue training on knowledge and attitudes of staff rehabilitation centers under the Welfare Organization in natural disasters (earthquake), Golestan province, University of Social Welfare and Rehabilitation, Rehabilitation Management, Master Degree Thesis, 2008-2009:110-15. [in Persian]
7. Laditka Sarah B; Laditka James N; Xirasagar Sudha; Cornman Carol B; Davis Courtney B; Richter Jane V E, , Protecting nursing home residents during

براساس یافته های پژوهش حاضر، مراکز توانبخشی از آمادگی کافی در برابر حوادث و سوانح غیر مترقبه برخوردار نیستند. این یافته منطبق با یافته های مطالعات دیگر در این زمینه می باشد؛ در مقاله ای از Laditka و همکاران در سال ۲۰۰۷ آورده شده که طوفان کاترینا کاستی های بزرگی را در آمادگی مراکز نگهداری نمایان ساخت (۷). در یک کار تحقیقاتی دیگری که پس از طوفان کاترینا، منتشر شده است به صراحت به عدم آمادگی بیمارستان های آمریکا برای حوادث بزرگ از جمله حملات تروریستی، اشاره شده است (۱۳). در مقاله ای که Kaji و همکاران در سال ۲۰۰۷؛ آمده است که در حوادث قبلی، ضعف مدیریت بحران بیمارستانی مشاهده شده است که شامل سردرگمی، تداخل نقش ها و مسئولیت ها، ارتباطات ضعیف، فقدان برنامه ریزی و عدم شمول بیمارستان ها در برنامه ریزی حوادث جامعه می باشد (۱). ملکی و همکاران در تحقیقی در سال ۱۳۸۵ آورده اند که بیمارستان های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی ایران به جز یک مورد، با توجه به عدم تدوین برنامه بلایا از امنیت لازم برخوردار نمی باشند (۱۴).

شجاعی در سال ۱۳۸۵ بیان می دارد که اکثر بیمارستان های مورد بررسی، عموماً دلیل عدم تدوین برنامه برای پاسخگویی در برابر بلایا، از آمادگی کافی برخوردار نیستند (۱۵).

شجاعی باغینی نیز در سال ۱۳۸۵ براساس یک مطالعه نشان داد که مدیریت بحران اکثر بخش های مدارک پزشکی بیمارستان های استان کرمان و بروجرد، در وضعیت ضعیف قرار دارند (۱۶). گوزلیان و همکاران در سال ۱۳۸۵ بر اساس یک کار تحقیقی بیان می دارند که مراکز درمانی شهر زنجان در حیطه های آمادگی و از نظر موازین ایمنی در سطح پایین قرار دارند (۱۷).

به هر حال، نتیجه نهایی پژوهش حاضر نشان داد که در مراکز توانبخشی مورد مطالعه، به جز موارد

of Medical Sciences in Disasters, Abstracts of Conference promotion strategies for crisis management in unexpected disasters, University of Medical Sciences and Health Services, Zanzan Province, 2006:96. [in Persian]

- emergencies or disasters: An Exploratory Study from South Carolina; Pre hospital and Disaster Medicine; 2007; 22: 1-5.
8. Missouri Department of Health and Senior Services, Disaster Preparedness plan Template for long term Care Facilities, 2007: 89.
9. Kovari et al, Information for the crisis in the hospitals of Shiraz University of Medical Sciences, health information management, 2006; 3(2):12-15.
10. Maleki M et al, Information hospital resources in disaster management in the selected hospitals of Iran University of Medical Sciences, health information management, 2008;5(2):45-48.[in Persian]
11. Zaboli R et al, studying hospitals preparation of Tehran in unexpected disasters, military medicine, 2006, 8(2):78. [in Persian]
12. Khankeh H et al, Facilitating factors and barriers to health services in natural disasters, Research & Rehabilitation Quarterly, 2006, 6(20):45-65. .[in Persian]
13. William G. Manley , RN, CEN, Paul M. Jeffery, MA; Reality of Disaster Preparedness in Rural Hospitals; disaster Management & Response; 2007;4(3):55-58.
14. Maleki M, Shojaee P, Preparedness of Training Hospitals of university of medical sciences in disaster in terms of security, Health Management Quarterly, , 2007;8(3):78. [in Persian]
15. Shojaee P, Preparedness of Training Hospitals of IUMS in disaster, Master Degree Thesis, 2006: 65. [in Persian]
16. Shojaee Baghini M, Management of medical records in training hospitals of Kerman province and Boroujerd township and giving model, Master Degree Thesis, 2006:87. [in Persian]
17. Gozalian et al, Studying training- care of centers preparation in Zanzan University